

長崎県医療社会事業協会入会手続きの案内

《入会手続き》

- (1) 入会申込書に必要事項をはっきりとご記入下さい。
- (2) 入会申込書はFAX又は郵送にて下記へご送付下さい。

【送付先】 姉川病院 折原 重光

〒854-0031 諫早市小野島町2378番地2

FAX 0957-24-3991

TEL 0957-24-3180

- (3) 年会費

	入会金	年会費
正会員	1,000円	5,000円
賛助会員	なし	一口3,000円以上

入会金と年会費を下記の銀行口座への振込み又は郵便振替にて納入をお願いいたします。

入金を確認し次第領収証を発行いたします。特に期限は設けていませんが、できるだけ早目にお振込み下さい。

《銀行振込の方》

銀行名 十八銀行 道ノ尾支店
口座番号 普通 337708
受取人 長崎県医療社会事業協会

《郵便振替の方》

口座番号 01820-9-39502
加入者名 長崎県医療社会事業協会

- (4) 理事会にて入会承認後、協会誌をお送りいたします。

入 会 申 込 書

(正会員・賛助会員)

長崎県医療社会事業協会の規約に賛同し、入会金及び年会費を添えて入会を申し込みます。

平成 年 月 日

施設名

氏 名

長崎県医療社会事業協会長 様

氏 名	フリガナ	性別 男 ・ 女
生年月日	年 月 日	ソーシャルワーカーとしての経験年数 年
所属施設 名称： 所在地：〒 ー 所属課係名： 職名： TEL： () FAX： () E-mail：		
お持ちの資格があればご記入下さい。		
備考		

送付先 姉川病院 (折原)

〒854 - 0031 諫早市小野島町 2378 番地 2 TEL0957-24-3180 FAX0957-24-3991